

Rozdział II.3

Wpływ zmian w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego na jego dostępność dla osób starszych

II.3.1. Rozwój pielęgniarstwa środowiskowego

Izabela Ćwiertnia, Beata Piórecka

Pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne ma wieloletnią tradycję i sięga samych źródeł profesjonalnej opieki nad chorymi. Hanna Chrzanowska, jedna z pierwszych nauczycielek Krakowskiej Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek, wzorując się na modelu opracowanym w Stanach Zjednoczonych, wprowadziła do programu nauczania zasady funkcjonowania pielęgniarstwa środowiskowego [Ćwiertnia, 2002c]. W Polsce rozwój tej, niezwykle istotnej dla opieki nad osobami starszymi, formy pielęgniarstwa został przerwany wybuchem II wojny światowej. Po zakończeniu działań wojennych zakres działań pielęgniarki środowiskowej uległ znacznemu ograniczeniu. Prawnie usankcjonowany powrót pielęgniarek do pracy w środowisku domowym nastąpił dopiero po ukazaniu się w 1966 roku w Dzienniku Urzędowym MZiOS pierwszej instrukcji dotyczącej pielęgniarki środowiskowej. W późniejszych latach idea pielęgniarki pracującej w środowisku zamieszkania chorego, współpracującej z lekarzem oraz innymi służbami działającymi w danej społeczności lokalnej, stopniowo nabierała znaczenia, pojawiając się w dokumentach międzynarodowych oraz na konferencji w Alma Acie w 1978 roku¹.

W pielęgniarstwie środowiskowym w Polsce zasadnicza zmiana nastąpiła w 1985 roku po opublikowaniu kolejnej instrukcji w sprawie pielęgniarki środowiskowej, w której środowisko zastąpiono słowem „rodzina” i określono wymogi warunkujące wykonywanie tego zawodu (między innymi doświadczenie zawodowe minimum trzech lat pracy i ukończony kurs kwalifikacyjny z dziedziny pielęgniarstwa środowiskowego). W wyniku badań przeprowadzo-

¹ Deklaracje, Rekomendacje oraz Raport Wspólny Dyrektora Generalnego WHO i Dyrektora Zarządzającego UNICEF – WHO 1978.

nych w latach 1992–1993 potwierdzono praktyczne wdrożenie tej instrukcji. Wykazano jednak, że decyzje podejmowane przez pielęgniarki środowiskowe dotyczyły głównie spraw pielęgnacyjno-leczniczych, higienicznych i żywieniowych. Zdecydowanie rzadziej miały one charakter działań wychowawczo-opiekuńczych, aktualnie określanych jako edukacyjne. Świadczenia pielęgniarskie wykonywane były w ścisłym związku ze zleceniem lekarskim. Wykazano, że rola, jaką pełniły pielęgniarki środowiskowe w systemie ochrony zdrowia, i zakres ich czynności nie były wtedy powszechnie znane przez ogół społeczeństwa [Kosińska, Franek, Cabaj, 1994]. Pielęgniarki zgłosiły wówczas potrzebę nowelizacji wspomnianej instrukcji celem wyraźnego określenia i zwiększenia ich uprawnień w zakresie pielęgnacji chorych w domu.

W 1992 roku w ramach reformy ochrony zdrowia podjęto dyskusję dotyczącą wprowadzenia specjalizacji medycyny rodzinnej. Wtedy też powstała koncepcja instytucji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej i pielęgniarki zabiegowej (zwanej dzisiaj pielęgniarką praktyki) oraz pojawił się postulat wzmocnienia roli pielęgniarki w zespole lekarza rodzinnego. W Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia, w ramach projektu Banku Światowego, opracowano: Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej (1993), Program kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych (3,5-miesięczny, 1994), Program kursu uzupełniającego dla pielęgniarek środowiskowych (1,5-miesięczny, 1994) oraz Standard wyposażenia neseseru pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej (1994). W dokumentach tych rolę pielęgniarek środowiskowych zdefiniowano jako samodzielną, z wyraźnym określeniem niezbędnej wiedzy i umiejętności, obowiązków i zakresu samodzielności. W tym samym czasie powstało Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych, którego celem był aktywny udział w kształtowaniu i doskonaleniu modelu podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce na podstawie nowych aktów prawnych oraz inicjowanie i podejmowanie działań zmierzających do opracowania przepisów prawnych regulujących działalność pielęgniarek i położnych rodzinnych [Fetlińska, 2001].

Najważniejszą zmianą w omawianym zakresie było uchwalenie nowej ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, w myśl której pielęgniarka i położna to świadczeniodawcy w systemie ochrony zdrowia, gdyż z mocy prawa wykonują swoje zawody samodzielnie. Kompetencje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej zostały uregulowane w Ustawie z dnia 5 lipca 1996 o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U., 1996, Nr 91, poz. 410) oraz w Rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 roku w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie (Dz.U., 1997, Nr 116, poz. 750). W załączniku nr 1 do Rozporządzenia podano zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, a w załączniku nr 2 – listę leków, które pielęgniarki mogą podawać pacjentom doraźnie w nagłych przypadkach bez zlecenia lekarza.

W 1998 roku w „Strategii rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucje lekarza rodzinnego” (MZiOS 1998) uznano, że dostawcami świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej powinni być lekarze rodzinni, stomatolodzy, pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne oraz pielęgniarki szkolne. Zaproponowano również tworzenie praktyk lekarskich i pielęgniarских w formie praktyk indywidualnych lub grupowych. Izby Lekarskie miały wydawać stosowne certyfikaty uprawniające do prowadzenia praktyk przez lekarzy. Niestety, Izby Pielęgniarek i Położnych nie uzyskiwały podobnych uprawnień w odniesieniu do praktyk pielęgniarских. W rezultacie sprawozdawczość z tego okresu jest niekompletna. W oficjalnych statystykach (GUS) praktyki pielęgniarские stanowiły nowość i zostały pominięte [Golinowska, Czepulis-Rutkowska, Sitek i in. 2002].

Przełom roku 1999 i 2000 był znaczący dla środowiska pielęgniarского, gdyż pojawiła się szansa na zwiększenie samodzielności zawodowej. Wprowadzenie reformy ochrony zdrowia oraz uchwalenie Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U., 1997, Nr 28, poz. 153, z późn. zm.) i wcześniejsze uchwalenie Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U., 1991, Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej umożliwiły pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnym organizowanie praktyk grupowych i indywidualnych, świadczących usługi pielęgniarские dla ludności. Pierwsze kontrakty zawierane były z wojewodami, a następne z kasami chorych. Jak wykazano w badaniach, takie nowatorskie rozwiązania nie objęły jednak obszaru całej Polski. Nie wszystkie kasy chorych dały pielęgniarkom możliwość odrębnego kontraktowania świadczeń pielęgniarских. Nie zastosowano czytelnych i równych wymagań formalnych przy zawieraniu kontraktów na pielęgniarские usługi środowiskowe z lekarzami zatrudniającymi pielęgniarki oraz pielęgniar-kami pracującymi samodzielnie. Na przykład, pielęgniarki, chcąc uzyskać kontrakt na działalność indywidualną lub grupową, musiały starać się o list intencyjny, tzn. pisemną zgodę lekarza na współpracę z pielęgniarką spoza jego praktyki, co napotykało pewne trudności. Dlatego też nie wszystkie pielęgniarki środowiskowe decydowały się na tworzenie dla siebie nowych miejsc pracy. W kontraktach na świadczenia pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, najczęstszą formą aktywności zawodowej w latach 1999–2002 było zatrudnienie w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Najmniejszą grupę świadczeniodawców stanowiły grupowe i indywidualne praktyki pielęgniarские (tabela II.3.1).

Tabela II.3.1

Tendencja wzrostowa w zakresie kontraktowania samodzielnych praktyk pielęgniarek środowiskowo-rodzinych w latach 1999–2001

Kasa chorych	Samodzielne praktyki pielęgniarek środowiskowo-rodzinych		
	1999	2000	2001
Dolnośląska	12	22	45
Lubuska	10	36	47
Małopolska	88	318	345
Opolska	0	10	14
Pomorska	0	21	21
Śląska	26	53	57
Mazowiecka	62	38	30
Kujawsko-Pomorska	0	21	29
Warmińsko-Mazurska	16	20	22
Podkarpacka	98	97	140
Wielkopolska	0	51	64
Zachodniopomorska	17	27	40
Brązowa Kasa Chorych Służb Mundurowych	0	46	71

Opracowano na podstawie: UNUZ, 2002; MRKCh, 2002b (w doniesieniu do Małopolski – dane mogą być niepełne)

Zmiany w zakresie organizacji i finansowania ochrony zdrowia wymusiły działania w kierunku podwyższania kwalifikacji pielęgniarek, tak aby mogły sprostać nowym wyzwaniom. Również w ramach dostosowania systemu kształcenia pielęgniarek i położnych do wymogów europejskich priorytetem stało się podniesienie poziomu wykształcenia i upowszechnienie wyższego kształcenia zawodowego [Kądalska, 2001b]. Reguluje to Ustawa z dnia 12 września 1990 roku o szkolnictwie wyższym (Dz.U., 1990, Nr 65, poz. 385, z późn. zm.) oraz Ustawa z dnia 26 czerwca 1997 roku o wyższych szkołach zawodowych (Dz.U., 1997, Nr 96, poz. 590, z późn. zm.). Zmiany w kształceniu pielęgniarek i położnych, w tym wytyczne dotyczące kształcenia w szkołach wyższych, zasady akredytacji oraz określenie tytułu zawodowego dla absolwentów na poszczególnych poziomach kształcenia, zawarto w nowelizacji Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 3 lutego 2001 roku (Ustawa o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej – Dz.U., 2001, Nr 16, poz. 169) [Nowak-Starz, Zdziebło, Grzywna, 2003]. Tym samym stworzono podstawy do udoskonalenia systemu kształcenia pielęgniarek [Lenartowicz, 2001]. Wprowadzono wiele nowych specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych, w tym w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, geriatrycznego oraz pielęgnowania osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Docelowo przewiduje się osiągnięcie przez wszystkie pielęgniarki środowiskowo-rodzinne specjalizacji w swojej dziedzinie. Umożliwia to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie

wykazu dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych (Dz.U., 2003, Nr 197, poz. 1922). Istotne znaczenie dla rozwoju kształcenia pielęgniarek miały ponadto następujące akty prawne: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2002 roku w sprawie standardów kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach wyższych i wyższych szkołach zawodowych (Dz.U., 2002, Nr 55, poz. 499), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U., 2003, Nr 197, poz. 1923) oraz najnowsze Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 roku w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U., 2004, Nr 110, poz. 1170).

² Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych (Dz.Urz. MZiOŚ, 1982, Nr 1, poz. 2).